

P-37

Enquête transversale de prévalence des évènements indésirables associés aux soins dans un CHU parisien



S. Tubiana, E. Seringe, P. Astagneau

Service de santé publique, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Introduction.— La gestion des risques iatrogènes en établissement de santé est un enjeu de santé publique notamment au regard des dimensions sanitaires, économiques, juridiques, assurantielles et médiatiques. En France, la plupart des données sur les évènements indésirables associés aux soins (EIAS) sont sectorielles, ce qui nous a conduit à évaluer la prévalence globale des EIAS au sein d'un grand centre hospitalo-universitaire (CHU), à proposer une nouvelle approche de classification et à identifier des groupes de patients à risque de survenue d'EIAS.

Matériel et méthodes.— Une enquête transversale de prévalence selon la technique « un jour donné » a été menée dans les services volontaires du CHU. Ont été inclus dans l'étude, les patients majeurs hospitalisés dans l'établissement depuis au moins 24 heures. Le recueil des données a été effectué par des enquêteurs formés à partir du dossier médical du patient selon un questionnaire standardisé. La détection des EIAS a été réalisée avec une grille de présélection validée. Tout EIAS détecté était confirmé par un clinicien référent du service enquêté. Une classification des EIAS a été établie selon la présentation clinique ou le mécanisme physiopathologique de l'évènement. Les informations relatives à l'exposition aux procédures de soins diagnostiques et thérapeutiques dans la semaine précédant le jour de l'enquête ont été recueillies et intégrées dans un modèle de régression logistique pour identifier des facteurs associés à la survenue d'EIAS.

Résultats.— L'étude s'est déroulée en juin et juillet 2010 et a concerné 429 patients hospitalisés dans 25 services répartis en cinq spécialités. Pendant la période d'enquête, 105 patients ont présenté un ou plusieurs EIAS confirmés par un médecin du service soit une prévalence des patients avec EIAS de 24,5 % (IC95 % 20,4 %–28,6 %). Au total, 146 EIAS ont été recensés, soit un ratio EIAS/patient de 1,4. Les infections associées aux soins représentaient un tiers des évènements indésirables. Les autres EIAS étaient, par ordre de fréquence décroissante, de type hydro électrolytique (19 %), mécanique (14 %), neuropsychiatrique (10 %), hémodynamique (10 %), thrombo-hémorragique (9 %), immuno-allergique (2 %) et de nature autre (3 %). Enfin, le risque de survenue d'EIAS était indépendamment associé au nombre de dispositifs médicaux utilisés (OR : 11,0 ; IC95 % 3,8 ; 33,0), à une durée d'hospitalisation supérieure à une semaine (OR : 6,6 ; IC95 % 3,0 ; 4,5) et à une hospitalisation dans une unité de réanimation (OR : 4,1 ; IC95 % 1,5 ; 11,6).

Conclusion.— Cette enquête nous a permis de disposer d'une première estimation de la prévalence des EIAS au sein de l'établissement, mettant en évidence des taux élevés d'EIAS. Elle souligne la nécessité de renforcer les mesures destinées à améliorer la sécurité des soins, en particulier dans le domaine de l'hygiène et des infections associées aux soins, dans le contrôle des prescriptions et de l'utilisation des dispositifs médicaux. Néanmoins, une part des EIAS est la conséquence de risques inhérents au processus de soins et seuls certains évènements peuvent être considérés comme évitables.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.12.083>

P-38

Développement et validation d'un score de risque de pathologie de haute altitude : une étude de cohorte

K. Veerabudun^a, F. Canoui-Poitrine^a, P. Larmignat^b, M. Letroumel^c, S. Bastuji-Garin^a, J.-P. Richalet^{b,c}^a LIC EA4393, université Paris Est Créteil (UPEC), Assistance publique–Hôpitaux de Paris, Créteil, France^b Assistance publique–Hôpitaux de Paris, Bobigny, France^c EA2363, université Paris 13, Bobigny, France

Introduction.— Un nombre croissant de sujets vont en haute altitude pour le loisir, le sport ou le travail. Vingt-cinq pour cent d'entre eux développent une

pathologie de haute altitude (mal aigu des montagnes sévère ou œdème pulmonaire ou cérébral). L'objectif était de développer et valider un score de risque de pathologie de haute altitude.

Patients et méthodes.— Une étude de cohorte dynamique prospective a inclus tous les sujets venus à la consultation de médecine de montagne de l'hôpital Avicenne (Bobigny) entre 1992 et 2011, avant un séjour d'au moins trois jours au-dessus de 4000 m. Les variables recueillies à l'inclusion étaient : les caractéristiques démographiques et médicales, les marqueurs physiologiques (ventilation, fréquence cardiaque et saturation) au cours du test en hypoxie et les caractéristiques environnementales de l'ascension (altitude, vitesse d'ascension prévue). L'évènement était la survenue d'une pathologie de haute altitude. L'échantillon de développement était constitué des deux-tiers des sujets et l'échantillon de validation par le tiers restant. Les variables retenues dans le score final étaient celles indépendamment associées à l'évènement en régression logistique multivariée. Le poids de chaque variable était la moyenne des coefficients obtenue après 1000 réplifications du modèle multivarié. La calibration et la discrimination du score ont été évaluées par le test d'Hosmer-Lemeshow et l'aire sous la courbe ROC (AUC). La sensibilité, la spécificité et les rapports de vraisemblances ont été calculés pour chaque valeur possible du score.

Résultats.— Au total, 1017 sujets ont été inclus (âge moyen, 44 ans, 39 % de femmes, 22,7 % ($n = 231$) de pathologie de haute altitude au cours du suivi), 671 randomisés dans l'échantillon de développement et 346 dans celui de validation. L'équation obtenue était une combinaison linéaire de neuf facteurs cliniques, physiologiques et environnementaux. La calibration était adéquate dans les deux échantillons ($p = 0,75$ et $0,32$). L'AUC était de 0,91 (IC95 % : 0,87–0,94) dans l'échantillon de validation. Le seuil de 4 maximisait la sensibilité à 89,2 % (IC95 % : 83–93,7) pour une spécificité de 69,2 % (IC95 % : 65,2–73,2).

Conclusion.— Ce score qui combine neuf facteurs cliniques, physiologiques et environnementaux, devrait permettre de repérer les sujets à haut risque et de leur proposer des mesures de prévention (changement d'itinéraire, traitement préventif par acétazolamide).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.12.084>

P-39

Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France



M.-A. Vinet, A. Le Jeanic, T. Lefèvre, C. Quelen, K. Chevreul

URC Économie de la santé l'Île-de-France, groupe hospitalier Cochin Hôtel-Dieu, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, Paris, France

Introduction.— En France, chaque année, plus de 10 400 personnes décèdent par suicide (CépiDc), faisant de la France un des pays européens avec le plus fort taux de suicides. D'après une étude Inserm-CépiDc, ce nombre est même sous-évalué de 9,4 %. Le nombre de tentatives de suicide (TS), avoisine quant à lui les 195 000 et est à l'origine de 90 000 hospitalisations chaque année. En sus des repercussions humaines, le suicide et les tentatives de suicide représentent également un fardeau économique. Ce dernier a fait l'objet d'estimations dans d'autres pays (États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Nouvelle-Zélande), et a été chiffré chaque fois en milliards d'euros par an. De telles données n'étaient jusque-là pas disponibles pour la France et pourraient contribuer à justifier économiquement une prévention active du suicide, l'avis du Comité économique social et environnemental venant tout juste d'être rendu et préconisant d'« élever la prévention du suicide au rang de grande cause nationale ». L'objectif de cette étude est de produire une estimation du fardeau économique que représentent le suicide et les tentatives de suicide en France sur une année.

Méthodes.— L'étude a été réalisée sur l'année 2009, avec un point de vue sociétal. Nous avons mesuré séparément le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide (TS). Nous avons calculé les coûts de deux grands agrégats : les coûts directs et les coûts indirects. Les coûts directs regroupent les coûts liés à la prise en charge dans les secteurs sanitaire et également les autres dépenses qu'elles soient publiques ou liées à la famille. Les coûts indirects mesurent la perte de productivité engendrée par le suicide ou la TS pour la victime. Cette perte de productivité a été évaluée par le manque à gagner du travail rétribué ou non (prise en compte du travail rémunéré et domestique) en

cas de décès (suicides) ou d'arrêts maladie suite à une TS, à l'aide de la méthode des revenus futurs actualisés.

Résultats.— Pour 2009, les coûts directs s'élèvent à 1 219 161 852€ (dont 1098 136 418€ pour le secteur sanitaire), et les coûts indirects à 8 599 660 747€, soit un coût total des suicides et TS en 2009 de près de 10 milliards d'euros. La répartition des coûts des suicides et TS pour 2009 était respectivement de 88 % et 12 %.

Conclusions.— Il s'agit de la première étude française à se pencher sur le coût des suicides et TS. Nous espérons qu'elle pourra éveiller l'intérêt des décideurs sur ce fardeau, dans le but d'améliorer sa prévention. Elle pourra de plus permettre des comparaisons internationales ou temporelles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.12.085>